HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Utilice esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la que usted es elegible (aunque sea del trabajo de otra persona, como de uno de los padres o del cónyuge). Escriba su nombre y número de Segura Social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud.

Información del EMPLEADO

El **empleado** tiene que llenar esta sección.

1.Nombre del empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellidos)	2. Numero de Segura Social _____-_____- _____

Información del EMPLEADOR

Pida al **empleador** esta información.

3. Nombre del empleador	4. Numero de Identificaci6n Patronal (EIN) _____- _____
5. Dirección del empleador (Maryland Health Connection enviara las notificaciones a esta dirección	6. Numero de teléfono del empleador ( ) –

7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal

10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto acerca de Ia cobertura del cuidado de Ia salud de los empleados en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) ( ) –	12. Dirección de correo electrónico

13. **¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible el empleado en los próximos 3 meses?**

☐ **Si** (Continúe)

13a. ¿Si el empleado no es elegible actualmente, aunque sea como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible el empleado para Ia cobertura? _____(mm/dd/aaaa) (Continúe)

☐ **No** (DETENGASE y devuelva este formulario al empleado)

Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este **empleador**.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubre al conyuge o a los dependientes del empleado?

☐ Si. ¿A qué personas? ☐ Cónyuge ☐Dependiente(s)

☐ No

(Pase a Ia pregunta14)

14. ¿Ofrece el empleador de un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*?

Si (Pase a Ia pregunta 15) No (DETENGASE y devuelva este formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costa que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluya los planes de familia): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione Ia prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento para cualquier programa para dejar de fumar, y no recibiera ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ AI trimestre ☐ AI ano

Si el ano del plan terminara pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos van a cambiar, pase a Ia pregunta 16.Si no lo sabe, DETENGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Que cambia hará el empleador para el nuevo ano del plan?

☐ El empleador no ofrecerá cobertura del cuidado de Ia salud

☐ El empleador comenzara a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiara Ia prima para el plan de menor costa disponible solo para los empleados que cumplan con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea Ia pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas para ese plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ AI trimestre ☐ AI ano

Date of change (mm/dd/yyyy): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínima" si Ia participación del plan en los costos totales permitidos de las prestaciones cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de esos costas (Sección 36B(c) (2) (C) (ii) del Código Tributario de 1986)

NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite marylandhealthconnection.gov o llámenos al **1-855-642-8572**.Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al **1-855-642-8572** y el representante de atención al cliente le conectara con su idioma de preferencia. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-642-8573**.